Su di otto casi

DI

Chirurgia Gastrica

ed un caso di Chirurgia Cerebrale

DEL

Prof. ANTONINO D'ANTONA

Estratto dagli Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli
Anno LIII — N. V.

NAPOLI
STAB. TIPOGRAFICO CAV. A. TOCCO
S. Pietro a Maiella, 31
1900

Su di otto casi

DI

Chirurgia Gastrica

ed un caso di Chirurgia Cerebrale

DEL

Prof. ANTONINO D'ANTONA

Estratto dagli Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli
Anno LIII — N. V.

NAPOLI
STAB. TIPOGRAFICO CAV. A. TOCCO
S. Pietro a Maiella, 31
1900

Senza dubbio la Chirurgia del tubo gastro-enterico è oggi tra le branche più progredite e più ricche di risultati pratici.

Lo studio più obiettivo delle lesioni gastro-intestinali ha dimostrato in modo perentorio, che la patogenesi di molte malattie dello stomaco ed intestini è tutta, od in gran parte, meccanica; che base della loro durata e resistenza è ben sovente una ragione meccanica, e che perciò con provvedimenti e compensi meccanici, e non altrimenti, si può del tutto guarire una lesione.

E di vero, se si riflette che pel regolare funzionamento dello intestino essenziale fattore è la sua regolare e perfetta canalizzazione, e che se essa in qualsiasi modo viene disturbata, le conseguenze sono di capitale importanza, si comprenderà di leggieri di quanta efficacia debba essere l' opera chirurgica nel rimuovere una ragione di disturbo o di ostacolo, nel regolarizzare la canalizzazione, se è imperfetta, o stabilirne una nuova quando essa è, come che sia, abolita.

Ed ancora, una ragione di pertinacia dei processi morbosi del tubo gastro-enterico è appunto l' impossibilità di tenerlo in riposo, e sottrarlo al suo funzionamento, e specie al contatto dei materiali in esso circolanti ed offensivi. In questi casi si può comprendere quanto efficace e benefica debba essere l'opera del Chirurgo, se egli può agevolmente trovar modo di deviare il corso dei materiali e di sequestrare e mettere in assoluto riposo un tratto intestinale.

E quando egli non riesce a provvedere con modificazioni meccaniche, considerato che ogni tratto di tubo gastro-enterico è equivalente ad un altro, senza andare incontro ad imbarazzi od esitazioni, rimuove quel tratto di tubo che è morbosamente e profondamente affetto, oppure insuscettibile di riprendere la sua funzione.

Fatta eccezione del tratto medio duodenale, tutto il resto, dal cardia al retto nelle sue diverse sezioni, si presta ad estese esportazioni: per esempio tutto intero lo stomaco , e per fin due metri d' intestino.

Eppure la Chirurgia gastro-intestinale , quì in Napoli non ha avuto il grande sviluppo che ha raggiunto nelle altre nazioni ed anche negli altri paesi italiani; vuoi per la solita opposizione dei Medici, i quali non si sono ancora persuasi che il Chirurgo può in questo campo più di quello che essi possano coi loro mezzi, e vuoi perchè i Chirurgi di Napoli non hanno accolto con molto entusiasmo quello , che è oramai acquisito in tutto il mondo scientifico , da Roma in su.

Da ciò l' importanza ed il significato dei pochi casi, che vado a presentare, ed il cui maggior numero m'è venuto appunto dalla clinica del Prof. Cardarelli, che vedendo riuscire vani tutti i tentativi di cura medica, pel bene dei suoi infermi e del progresso scientifico, ha invocato l'opera del Chirurgo, e con quali risuitati e soddisfazione, apparirà dalla sommaria esposizione che segue.

STATISTICA

N.° d'ord.	Nome e Cognome	Età	Notizie anamnestiche	Esame del chimismo gastrico	Data dell'operazione	Lesione ed operazione eseguita	Esito	Peso prima di operare	Peso 2 mesi dopo l'oper.	Osservazioni
1	Teresa Losquadro	39 a.	Da 2 anni dolori e senso di peso allo stomaco. Da 6 mesi dolore e vomito, prima ad intervalli di 6-8 giorni e poi quotidiano. Mai ematemesi.	Presenza di grande quantità di ac. cloridrico. Assenza di ac. lattico e butirrico.	17 genn. 98	Si trova il piloro aderente al fegato ed una chiazza di induramento alla faccia posteriore. Peripilorite. Stomaco dilatato. Gastro-enterostomia alla von Hacker.	Guarig.	kgr. 47	kgr. 49,50	I punti furono tolti in 7ª giornata; nella notte seguente, per uno sforzo di vomito, la ferita si aprì per un buon tratto e venne fuori una massa di epiploon grossa quanto un manderino: questa massa fu legata alla base con seta e distrutta a poco per volta con cauterizzazioni (1).
2	Francesco Gala	36 a.	Da 12 mesi disturbi di stomaco (dolori, peso, qualche volta vomito); da 6 mesi dolore, intenso bruciore, vomito quasi ogni giorno, talvolta con strie di sangue (Clinica Cardarelli).	Assenza di ac. cloridrico. Presenza di ac. lattico e butirrico.	20 aprile 98	Vasta ulcerazione guarita, situata sull'antro pilorico e sulla piccola curvatura. Il piloro lascia passare un'asta di penna. Tentativo di divulsione alla Loreta; durante il tentativo accade una lacerazione della parete posteriore del piloro in senso longitudinale, si scovre un'ulcerazione longitudinale, che dalla mucosa della parete anteriore dell'anello pilorico scende nel duodeno. — Sutura trasversale della lacerazione. Continuazione, quindi, della divulsione, con la piloroplastica.	idem	39	45	L'infermo, riveduto un anno dopo, pesava 71 kg.

3	Maria Viggiano	46 a.	Sette anni fa dolore allo stomaco, ed al dorso; peso, eruttazioni acide, vomito ed itterizia. Da 1 anno frequenti enterorragie ed ematemesi. Dolore intenso, vomito quasi giornaliero (2–4 ore dopo il pasto). (Clinica Cardarelli).	Assenza di ac. cloridrico; trac-di ac. lattico.	2 febbr. 99	Notevole gastrectasia. Pilorite e peripilorite. Gastro-enterostomia alla Roux (con 2 bottoni).	idem	39,700	53,700	Emette il bottone della digiuno – digiunostomia in 13ª giornata.
4	Giuseppe Mattarocci	36 a.	Circa 5 anni fa forti dolori gastrici ed ematemesi grave, poi sempre sofferenze gastriche. L' anno scorso altra grave ematemesi: dolore, senso di peso, eruttazioni acide, vomito, itterizia. (Clin. Cardarelli).	Presenza di grande quantità di ac. cloridrico. Assente l'acido lattico.	8 marzo 99	All'operazione fu trovato il piloro impigliato in una massa, che l'attaccava alla testa del pancreas. Gastro-enterostomia alla Roux (con 2 bottoni).	Morte in 9ª giorn.			Il bottone della digiuno-digiunostomia avea mancato, donde enterorragia ed ematemesi.
5	Raffaele Franco	36 a.	Dodici mesi fa gastralgia ed eruttazioni acide; cinque mesi fa il dolore ed il senso di peso divennero insopportabili. Si procurava il vomito ogni giorno. Nel vomito cibi ingeriti 3 giorni prima. Da 2 mesi comparsa del tumore sotto il bordo costale. Mai ematemesi.	Assenza di ac. cloridrico. Presenza di ac. lattico e butirrico.	17 magg. 99	Forma vegetante di carcinoma, che occupa antro pilorico, piloro e parte del duodeno. Resezione dell'antro pilorico, del piloro e di circa 7 cent. del duodeno. Gastro-enterostomia posteriore con bottone.	Guarig.	44,500	52,700	Il bottone dell'innesto gastro-digiunale fu emesso in 16.ª giornata.
6	Filippo Pellicciari	40 a.	Tre anni fa primi disturbi gastrici, che durarono 5-6 giorni. Itterizia, poi sofferenze vaghe. Da un anno forte dolore, peso, eruttazioni acide, vomito quasi giornaliero (2–3 ore dopo il pasto). Mai ematemesi. (Clinica Cardarelli).	Presenza di ac. cloridrico. Assenza di ac. lattico.	27 magg. 99	Enorme gastrectasia. Aderenze del piloro trasformato in cercine fibroso. Gastro-enterostomia posteriore von Hacker, eseguita con triplice strato di sutura.	idem	53,200	58,400	

(1) Al 13 febbraio 1900 il marito mi comunica che la Losquadro ha partorito. (d'A.)

N.° d'ord.	Nome e Cognome	Età	Notizie anamnestiche	Esame del chimismo gastrico	Data dell'operazione	Lesione ed operazione eseguita	Esito	Peso prima di operare	Peso 2 mesi dopo l'oper.	OSSERVAZIONI
7	Raffaele Santillo	29 a.	Da 14 anni sofferenze gastriche alternate da brevi periodi di benessere Qualche volta vomito. Tre mesi fa ematemesi grave, poi gastralgie intense, eruttazioni acide e vomito, che l'ammalato procura da se.	Presenza di ac. cloridrico. Presenza di ac. lattico.	8 giugno 99	Piloro aderente alla piccola ala del fegato. Placca cicatriziale alla superficie anteriore di esso. Gastroenterostomia posteriore alla von Hacker col bottone.	Guarig.	kg. 45	kg. 48	
8	Rosalia Falsone	41 a.	Fin da cinque anni disturbi gastrici. Da circa 6 mesi senso di peso allo stomaco e vomito giornaliero delle sostanze ingerite.	Presenza di ac. cloridrico libero. Assenza di ac. lattico.	25 magg. 98	Piloroplastica alla Mikulicz.	idem	49,200	50	
9	idem	id.	Immediatamente dopo la operazione le sofferenze scomparvero. Dopo 3 mesi però ritornarono le gastralgie, il vomito e la più completa intolleranza pei cibi, anche liquidi.	idem	31 magg. 99	Gastroenterostomia alla von Hacker col bottone.	idem	48	51,400	Emette il bottone il 1° luglio. Durante la seconda operazione si potette constatare, che il piloro era perfettamente sufficiente, ma la grande curvatura dello stomaco era mantenuta stirata in basso da forti aderenze (1).

(1) Essendochè la precedente mia comunicazione ha subito, per molte circostanze, ritardo ad essere pubblicata, ne prendo occasione per aggiungere la notizia di due altri casi occorsimi nel principio di questo anno scolastico:

40	Teodolinda Amoroso	20 a.	Da 2 anni nausea e vomito quasi quotidiano. Il vomito è preceduto da senso di peso e bruciore allo stomaco. Da 9 mesi l'inferma vomita 2-3 volte al giorno. Mai sangue. Enorme gastrectasia: lo stomaco giunge fino al pube. (Clinica Cardarelli)	Presenza di acido cloridrico libero. Assenza l' ac. lattico.	19 gennaio 1900	Il piloro è occupato da un tumore, del volume di un pugno di giovanetto, che si estende poco dalla parte dello stomaco ed interessa invece una buona parte del duodeno. Non è possibile dare un giudizio esatto circa la sua natura. Gastro enterostomia posteriore alla von Hacker col bottone.	Guarigione	30	32,400	
41	Nicola Russo	17 a.	Cinque anni fa senso di péso e di pienezza allo stomaco: dolore all'epigastrio ed al dorso. Vomito prima raro, poi quasi giornaliero. Mai ematemesi. Stitichezza. (Clinica Cardarelli)	Presenza di ac. cloridrico libero: l'ac. lattico in grande quantità.	26 gennaio 1900	Peripilorite e forti aderenze fra piloro, duodeno e vescichetta biliare. Piloro sufficiente. Nella parte pilorica del duodeno una placca dura, grossa quanto un dito indice appiattito. Gastro enterostomia post. alla von Hacker col bottone.	id.	33,800	35,800	Emette il bottone in **14ª giornata**.

(d' A.)

Profitto in ultimo della parola per presentare all' Accademia un altro infermo importante per lesione ed operazione in altra sede.

L' infermo che qui vedete si chiama De Martino Enrico ed ha 43 anni.

Trentatre anni addietro, all' età di dieci anni, fu colpito, in corrispondenza della regione parietale destra, da una pietra caduta dall' alto.

Le lievi conseguenze immediate svanirono e l'infermo non ebbe a soffrir nulla in prosieguo fino a sette anni fa, quando si presentarono le prime convulsioni localizzate alla metà sinistra del corpo; le quali si sono poi sempre continuate, rendendosi anzi più frequenti e moleste.

Ricoverato nella mia Clinica, praticai la trapanazione il 19 Marzo scorso, facendo un lembo osteo-plastico del tavolato esterno del parietale destro. Aperta la cavità cranica, riscontrai una cisti sotto la dura madre, in corrispondenza della cicatrice.

Vuotai la cisti e la drenai. Tutto procedè regolarmente dopo l' operazione. Il lembo aderì *per primam*, restando solo aperto il punto che metteva alla cavità cistica drenata. Questo anche guarì dopo poco più di un mese dall' operazione; rimanendo l' infermo libero dalle convulsioni, che non si sono più ripresentate, sebbene avessi tenuto l'infermo in Clinica finora, in osservazione.
